

Les croyances et perceptions de femmes atteintes d'HTA : une étude phénoménologique

Résumé

L'hypertension artérielle (HTA) est le facteur de risque le plus commun pour le développement des maladies cardiovasculaires. La prévalence globale de l'HTA est aujourd'hui presque similaire entre les deux sexes, soit près de 20% de la population canadienne. Alors que les lignes directrices sont sans distinction quant au genre, plusieurs particularités modulent la trajectoire de la maladie chez les femmes atteintes d'HTA. L'objectif de cette étude est de présenter l'expérience de femmes atteintes d'HTA. Guidé par une approche phénoménologique, des entretiens semi-structurés auprès de 15 femmes atteintes d'HTA ont été menés afin d'explorer les perceptions et les croyances de celles-ci. Deux thèmes émergents des entretiens : la perspective salutogène de l'HTA ainsi que l'influence du soutien émotionnel dans la gestion de l'HTA. Ces résultats amènent une meilleure compréhension du vécu des femmes atteintes d'HTA, qui permettra aux infirmières de mieux les accompagner dans la gestion de cette maladie.

Mots-clés

Hypertension; croyances; phénoménologie; comportement de santé; santé des femmes

Beliefs and perceptions of women living with hypertension : a phenomenological study

Abstract

High blood pressure (HBP) is the most common risk factor for the development of cardiovascular disease. The overall prevalence of hypertension, nearly 20% of the Canadian population, is now almost equal between men and women. While guidelines do not distinguish for sex, there are several factors that modify the trajectory of women living with hypertension. The purpose of this study is to explore women's HBP experience. Using a phenomenological design, semi-structured interviews with 15 women living with hypertension were conducted to explore the perceptions and beliefs of these women. Two themes emerged from the participants' discourses: the salutogenic perspective of HBP and the influence of emotional support in the management of HBP. These results lead to a better understanding of the experiences of women living with HBP, further enabling nurses to provide better support in the management of this disease.

Keywords

Hypertension; beliefs; phenomenology; health behavior; women's health

Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) est une maladie silencieuse qui atteint près de 20 % de la population canadienne adulte (1). Celle-ci se définit par la présence en clinique de valeurs de pression artérielle supérieure à 140/90 mmHg ou supérieur à 130/80 mmHg chez les personnes atteintes de diabète (2). Actuellement, après standardisation pour l'âge, la prévalence de l'HTA est égale entre les sexes (1) or, il apparaît que chez les femmes âgées de 60 à 79 ans, la maladie est moins bien contrôlée (3). Principal facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires (4), la forte prévalence d'HTA a entraîné une véritable pandémie (5). Ses conséquences sont non négligeables, car près de la moitié des accidents vasculaires cérébraux et des événements coronariens sont reliés à l'HTA (6). De plus, l'HTA est un facteur de risque prépondérant pour la néphropathie (7). Bref, les efforts investis dans la lutte contre l'HTA sont toujours d'actualité, particulièrement lorsque l'on observe le vieillissement de la population (1), car l'incidence de l'HTA augmente avec l'âge, atteignant une personne sur deux après l'âge de 65 ans (8).

En recherche cardiovasculaire, l'incorporation du sexe (homme/femme) et du genre (masculin/féminin) est en émergence (9). Loin d'être banal, le genre apparaît comme un déterminant de la santé qui influence la santé en soi, mais également les soins (10). Plus spécifiquement en ce qui concerne l'HTA, bien que quelques avenues nous indiquent que les femmes présentent des particularités, les lignes directrices d'Hypertension Canada actuelles ne font pas de distinction entre les hommes et les femmes en ce qui a trait au dépistage, au traitement ou encore au suivi de l'HTA. Ainsi, les particularités physiologiques et hormonales, la conception de l'HTA et la gestion de cette maladie pourraient peut-être permettre de mieux comprendre la pertinence de s'attarder au vécu des femmes atteintes d'HTA.

Premièrement, en ce qui concerne les aspects physiologiques et hormonaux, les femmes atteintes d'HTA sont caractérisées par un index cardiaque, un temps de fraction d'éjection du ventricule gauche et une pression différentielle plus élevée ainsi qu'un pouls légèrement plus rapide que les hommes ayant la même pression artérielle (11). Les effets des hormones sexuelles sur les maladies cardiovasculaires chez l'humain sont encore à l'étude (12), mais il est reconnu que les femmes bénéficient d'une protection des estrogènes avant la ménopause (13). Il n'est donc pas étonnant qu'une revue de littérature américaine indique qu'il existe clairement un dimorphisme sexuel quant à la présentation, progression et réponse au traitement pour les maladies cardiovasculaires (14). Effectivement, la réponse physiologique au traitement antihypertenseur peut différer selon le sexe (15, 16). Par exemple, il apparaît que les femmes atteintes de la maladie ont significativement plus tendance à avoir un nouveau diagnostic de maladie rénale et elles sont significativement moins nombreuses à décéder ou à développer d'autres troubles cardiovasculaires que les hommes (17).

En second lieu, en ce qui concerne la conception de l'HTA, une étude réalisée auprès d'infirmières américaines a permis de mieux comprendre les similitudes et les différences entre les genres dans la perception de l'HTA chez des couples afro-américains (18). Ces auteurs rapportent que le stress est perçu comme un facteur causal de l'HTA, autant chez la femme que chez l'homme. Or, la gestion du stress est différente selon le genre. Les femmes valorisent la verbalisation, alors que les hommes disent gérer leur stress dans l'action. Finalement, l'utilisation du concept de diète de l'HTA diffère également selon le genre. Les femmes utilisent le terme de diète comme qualité nutritionnelle, alors que pour les hommes, ce terme signifie une perte de poids. Les auteurs concluent que le genre est un aspect important à considérer dans la façon dont l'HTA est conceptualisée et devrait être considéré au sein des stratégies d'individualisation du traitement de l'HTA. Une seconde étude

américaine, réalisée par une infirmière, concernait l'expérience des femmes âgées afro-américaines atteintes d'HTA (19). L'objectif de cette étude ethnographique était d'explorer le modèle explicatif de l'HTA, les croyances sur la santé, l'utilisation des services de santé et l'aspect culturel de la maladie. Parmi les résultats, on retrouve un lien avec le stress comme agent causal de la maladie, l'HTA est considéré comme étant une maladie grave par 73 % des femmes de l'étude et 47 % utilisent des produits naturels pour contrôler leur maladie. Les conclusions de cette étude soulignent l'importance d'explorer la signification que donnent les femmes à la maladie et les traitements alternatifs utilisés. Encore aujourd'hui, un écart subsiste entre les croyances populaires sur l'HTA et l'expertise médicale, d'où la pertinence de l'explorer et de cibler les interventions infirmières (20).

Le dernier et troisième élément qui permet de mettre en évidence les spécificités des femmes atteintes d'HTA concerne la gestion de cette maladie. Une première étude s'est penchée sur l'observance au traitement chez les femmes afro-américaines atteintes d'HTA (21). Au moyen d'entretiens de groupe, les croyances au sujet de l'HTA, les éléments facilitateurs au traitement et les barrières à l'observance au traitement ont été abordés. Parmi les éléments facilitateurs, on retrouve les connaissances sur l'HTA et le soutien social. À l'opposé, les barrières à l'observance au traitement concernent les éléments individuels, tels que les effets secondaires et la dépression, ainsi que les éléments environnementaux, tels qu'un accès limité aux installations pour l'exercice physique. Des résultats similaires sur les éléments individuels et environnementaux ont d'ailleurs été rapportés dans une autre étude portant sur la perception de femmes afro-américaines atteintes d'HTA et vivant en milieu rural (22). En ce qui concerne l'alimentation, des chercheurs se sont attardés aux différences de genre chez une clientèle ayant des facteurs de risque cardiovasculaire (23). Son objectif était d'identifier les différences alimentaires en termes d'apport alimentaire, de

comportements alimentaires et les variables motivationnelles. Ces résultats sont que les femmes ont un apport énergétique moindre, qu'elles préparent davantage de repas que leurs comparses masculins et qu'elles ont une motivation intrinsèque (relié au pur plaisir et à la satisfaction personnelle qui en découle) et une régulation intégrée (relié aux valeurs personnelles) plus élevées. À cet effet, les résultats d'une étude américaine apportent un éclairage complémentaire sur la différence dans la manière dont les hommes et les femmes perçoivent la gestion de l'HTA (24). Il apparaît, selon la théorie du comportement planifié d'Ajzen, que les normes subjectives, c'est-à-dire la pression sociale de faire ou de ne pas faire un comportement, ont un effet direct sur les efforts mis par les femmes dans la gestion de cette maladie (24).

En somme, il semble n'y avoir qu'une compréhension partielle de l'expérience des femmes atteintes d'HTA. L'ethnicité est l'aspect mis davantage en relief. Or, ces études affinent la compréhension et font émerger de nouvelles pistes qui pourraient venir raffiner l'approche utilisée avec les femmes. Nous avons vu précédemment que les aspects physiologiques et hormonaux ont un certain impact dans l'ensemble de la trajectoire de l'HTA chez la femme. Par ailleurs, la conception de la l'HTA chez les femmes ne concorde pas nécessairement aux modes de gestion de la maladie. À la lumière de ces différentes explications, l'exploration des perceptions et croyances s'avère une avenue intéressante, afin de mieux comprendre la réalité des femmes atteintes d'HTA. Sa pertinence pour les infirmières s'appuie sur le contact privilégié qu'ont celles-ci avec les patientes, en regard de la prévention, du dépistage, du traitement et du suivi de l'HTA (25). L'objectif de l'étude vise l'exploration de l'expérience des femmes qui vivent avec un diagnostic d'HTA.

Méthodologie

Devis de recherche

Considérant d'une part le peu de connaissances sur la conception des femmes en regard de l'HTA et la nécessité de mieux comprendre leurs perceptions et leurs croyances, une étude phénoménologique a été réalisée. Ce type de devis permet l'étude du monde expérientielle d'un individu, en l'occurrence les femmes atteintes d'HTA. La méthodologie de recherche phénoménologique de Giorgi (26), inspirée du courant de pensée de la philosophie de Husserl, a guidé la collecte et l'analyse des données. Cette méthode se divise en cinq grandes étapes : la cueillette de données verbales, la lecture des données, la division des données en unités significatives, l'organisation et l'énonciation des données selon une perspective disciplinaire et la synthèse des données à des fins de communication à la communauté scientifique. Puis, afin de maintenir les critères de fiabilité, confirmabilité, crédibilité et transférabilité de la recherche qualitative, une concordance des données par triangulation était visée par le travail conjoint de deux experts; l'un en ce qui concerne l'HTA et le second sur la notion de genre en santé. Une attention a été portée à la description des caractéristiques de l'étude et un journal de recherche a été tenu.

Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée dans la province de Québec, au Canada. Les participantes devaient répondre à deux critères d'inclusion soit être une femme âgée de plus de 18 ans et avoir reçu un diagnostic d'HTA (sauf lors de grossesse). Plusieurs stratégies de recrutement ont été utilisées : affiches dans les milieux publics, annonces ciblées auprès de la clientèle âgée ainsi qu'une rubrique dans les petites annonces du journal local. Les volontaires devaient communiquer avec la chercheuse afin

de planifier une rencontre. Les entretiens étaient d'une durée de 60 minutes et étaient soumis à un enregistrement digital, avec le consentement des participantes. Un montant de 30\$ était offert en guise de remerciement. Le recrutement des participants et la cueillette des données se sont déroulés entre les mois d'août 2014 et avril 2015, et ce, jusqu'à la saturation des données. Ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de l'université d'attache.

Méthode de collecte de données et d'analyse

La collecte de donnée a été menée sous forme d'entretiens afin de permettre de clarifier une problématique sur un sujet relativement peu exploré (27). Par l'interaction souple de l'entretien semi-dirigé, une compréhension riche du sujet d'étude est construite conjointement (28). L'intégration du génogramme à l'entretien a permis de briser la glace avec le participant, de créer un lien de confiance, de dresser un portrait des problématiques de santé et des aspects relationnels de la famille (29). Le guide d'entretien a été initialement créé et testé dans le cadre d'une étude réalisée chez des hommes atteints d'HTA (30). Il s'appuie sur le modèle des croyances sur la santé de Becker (31), puisque celui-ci permet d'expliquer les comportements préventifs de santé, mais également d'étudier les comportements suite à un diagnostic. Trois thèmes principaux ont été explorés: l'annonce du diagnostic, l'explication de la maladie et l'observance au traitement. La figure 1 présente les concepts du cadre théorique et un exemple des questions du guide d'entretien.

Résultats

Description des participantes

L'échantillon est composé de 15 femmes caucasiennes francophones, âgées de 40 à 81 ans (M = 60,8 ans). Parmi celles-ci, six participantes ont un travail rémunéré. Les autres sont à la recherche d'emploi ou à la retraite. La durée de l'HTA est très variable, soit entre 2 semaines et 25 ans (mode

≤ 1 an). Le Tableau 1 porte sur les caractéristiques sociodémographiques des participantes de l'étude. Globalement, la majorité des femmes de l'étude sont en couple (n= 8), plus de la moitié ont fait des études collégiales ou universitaires (n=9) et le revenu annuel brut se situe principalement entre 20 000 \$ et 39 999\$ (n=5).

À la lumière de cette étude phénoménologique, les entretiens visaient à explorer les croyances et perceptions de femmes atteintes d'HTA. Pour ce faire, rappelons que le processus de codification a été réalisé en fonction des thèmes émergents et du modèle des croyances relatives à la santé de Becker. Ainsi, émergent les thèmes et sous-thèmes suivants : 1) une perspective salutogène de l'HTA (l'importance de l'adoption de saines habitudes de vie et la grande adhésion thérapeutique) et 2) l'influence du soutien dans la gestion de l'HTA (importance accordée au soutien émotionnel et l'association entre le stress et l'HTA). Les résultats sont schématisés au Tableau 2.

1. Une perspective salutogène de l'HTA

Le premier thème fait écho à une perspective issue du concept de la salutogenèse (32) qui s'attarde aux facteurs favorisant la santé et le bien-être. Ce point de vue présente donc une vision holistique de la santé et non de la maladie. Chez les femmes de l'étude, ceci se décline dans : a) l'importance de l'adoption de saines habitudes de vie et par b) la grande adhésion thérapeutique.

a) L'importance de l'adoption de saines habitudes de vie

Dans les propos des participantes, une application générale des saines habitudes de vie est de mise et non seulement dans l'idée de traiter l'HTA. La pratique régulière de l'activité physique, la diminution de la consommation du sodium, la gestion du stress et la perte de poids en sont des

exemples. Bien que ces moyens figurent dans les approches non-pharmacologiques de l'HTA, les participantes disent les employer pour leur bien-être général et pour leur santé et non pas nécessairement en lien avec l'HTA. L'extrait suivant fait état d'une participante qui souhaite contrôler sa pression artérielle dans une optique d'améliorer sa qualité de vie :

*« [...] Ce n'est peut-être pas tant de contrôler mon hypertension comme améliorer ma qualité de vie. J'essaie de faire plus d'exercice, j'ai un chien, alors on va le promener. Depuis, le mois de février, je suis contente, j'ai perdu 28 livres...»
(Participante 1)*

Par ailleurs, les participantes démontrent des connaissances adéquates sur les saines habitudes de vie. Considérant que plusieurs participantes ont reçu un diagnostic d'HTA depuis peu, il semble que les connaissances qu'elles démontrent sur les saines habitudes de vie dépassent largement le contexte de la maladie. Malgré les obstacles, les participantes tentent d'intégrer ces saines habitudes à leur quotidien, et ce, dans une vision holistique de la santé. L'extrait suivant présente les aspects psychologiques et physiques d'une participante :

« [...] Avec la méditation, par la suite, j'ai comme appris plus à ralentir un petit peu. J'ai coupé le sel beaucoup. Je ne savais pas, mais c'est rendu que je regarde à l'épicerie, ce qui est trop salé je ne l'achète plus. [...] Mon café je n'en prends juste un par jour le matin [...] J'aime bien prendre un petit verre de vin, mais j'essaye de diminuer un petit peu [...] Il faudrait que je fasse du sport. Mais j'ai coupé le sel, je ne fume pas.» (Participante 3)

b) La grande adhésion thérapeutique

L'adhésion thérapeutique des participantes se manifeste principalement par deux éléments, soit l'intégration de la mesure de pression artérielle, mais également par l'adhésion pharmacologique. Ceux-ci semblent bien ancrés dans le traitement de l'HTA.

Le premier élément traduit l'intérêt des femmes pour l'implication dans les soins. Quoique la mesure peut se réaliser en clinique, les recommandations actuelles en matière de prise en charge de l'HTA promeuvent l'engagement des patients dans leur traitement par le truchement de l'utilisation des

mesures de la pression artérielle à la maison (33). La majorité des participantes possèdent un appareil de mesure à la maison. De plus, celles pour qui ce n'est pas le cas, identifient un endroit, qui est souvent la pharmacie, où elles se dirigent régulièrement pour mesurer les valeurs de pression artérielle. Comme l'extrait suivant le démontre, la participante ne possède pas d'appareil de mesure de la pression artérielle à domicile, mais elle a accès et évalue chaque mois ses valeurs de pression artérielle :

« On en a déjà eu un [appareil à pression à domicile], c'était un appareil, un sphygmomanomètre à poire, mais c'est tout éventé [...] On y va une fois par mois [pharmacie], c'est sûr avec toute la médication que moi ou mon mari on prend. Je prends ma tension à ce moment-là. » (Participante 1)

Ensuite, l'adhésion thérapeutique va de pair avec le traitement pharmacologique, car toutes les participantes de l'étude sont adhérentes à leur médication antihypertensive. Il s'agit d'une priorité pour la majorité, et ce, même malgré une condition financière difficile. La participante suivante exprime à la fois son adhésion à la médication et à la mesure de pression artérielle.

« Je prends mes médicaments, je le contrôle de temps en temps, quand je vais à la pharmacie, je me dis: je vais prendre ma pression, juste pour avoir des heures différentes. » (Participante 11)

2. L'influence du soutien dans la gestion de l'HTA

Le deuxième thème est l'influence du soutien dans la gestion de la maladie. D'une part, le soutien émotionnel est important pour les femmes atteintes d'HTA. D'autres parts, lorsque celles-ci ont un rôle de proche-aidante, le soutien apporté aux proches devient une source de stress nuisible à la bonne gestion de l'HTA.

a) L'importance accordée au soutien émotionnel

Dans ce sous-thème, le soutien émotionnel en lien avec l'HTA est attendu de la part des conjoints et du médecin traitant. Certaines femmes de l'étude rapportent l'aide du conjoint dans la gestion de la maladie, et ce, plus spécifiquement dans l'appréhension positive face à la vie. Or, pour d'autres, le conjoint va aider dans l'action (ex. faire le souper pour permettre à la femme de se reposer), mais ne sera pas disponible au niveau psychologique, ce qui ne répond pas à leur besoin d'être écouté ou rassuré. L'extrait suivant le relate :

« Il [conjoint] va beaucoup m'aider au point de vue du ménage, quand les enfants étaient jeunes aussi, mais la seule affaire, c'est que je ne peux pas avoir d'appui du point de vue psychologique. » (Participant 10)

En ce qui concerne le soutien du médecin, l'écoute est le type de soutien qui est le plus mentionné dans la gestion de l'HTA.

b) L'association entre le stress et l'HTA

Alors que l'apport du soutien du conjoint et du médecin est un élément favorable à une saine gestion de l'HTA, il apparaît pour les femmes que d'être proche-aidante, donc d'offrir un soutien étroit à un membre de l'entourage, est moins favorable à la santé en raison du stress engendré par les responsabilités. Plusieurs participantes ont discuté de leur rôle de proche-aidante et la lourdeur de cette responsabilité était pour celles-ci une source de stress importante. Alors que l'HTA est souvent confondu à tort avec une «hyper-tension», plusieurs participantes ont associé ce stress comme facteur causal ou exacerbant leur HTA. Comme l'explique cette participante, son rôle d'aidante a entraîné une pression mentale, mais également physique, qui se reflétait sur ses valeurs de pression artérielle.

« Avant les fêtes, c'est encore pire, parce que j'étais le soutien d'une personne suicidaire et malade. Et je pouvais n'évacuer nulle part, c'est encore plus de pression. Assez qu'un moment donné je m'inquiétais carrément pour mon cœur, parce que mes pressions étaient plus hautes, je le sentais, j'avais souvent des

débattements et même des douleurs à la poitrine. J'étais rendue que je m'inquiétais pour ma santé physique.» (Participante 4)

Au quotidien ou au travail, les femmes verbalisent le stress psychologique qu'elles vivent et le relient à l'HTA. Alors qu'il s'agit de deux éléments distincts, la pression psychologique est souvent reliée à la pression artérielle. L'extrait suivant est d'une participante qui travaille beaucoup et qui est stressée par son rôle de préposée aux bénéficiaires. Elle s'inquiète de ne pouvoir suffire à la tâche. Elle verbalise ainsi le lien qu'elle fait entre son stress et l'HTA :

«Et puis quand je suis stressée et que là je me dis qu'il peut y avoir de quoi sur ma pression, je vais chercher ma machine [...] Et là c'est ça, je vais prendre une marche, quand je reviens je me prends une bonne tisane, j'essaie d'éliminer mon problème de pourquoi je suis stressée.» (Participante 15)

Discussion

Cette étude informe sur l'expérience des femmes atteintes d'HTA par le biais de leurs croyances et perceptions. Les participantes gèrent l'HTA sous une perspective axée vers la santé et il apparaît que le soutien reçu et donné peut s'avérer un baume ou une cause de stress dans la gestion de la maladie. L'interprétation de ces thèmes sera examinée par l'entremise des perceptions et croyances des femmes atteintes d'HTA en liens avec le cadre conceptuel utilisé ainsi que les écrits existants sur ces sujets.

Tout d'abord, face à la perception de la vulnérabilité reliée à l'HTA, les femmes de l'étude établissent un lien entre le stress et les valeurs élevées de pression artérielle. Plusieurs ont verbalisé être proche-aidante et qu'à un moment, cette lourde tâche a eu un impact sur leur propre santé. En

fait, l'association entre le stress et l'HTA est présentée dans plusieurs études sur le sujet (34). Dans les années 80, des auteurs mentionnaient déjà que l'appellation «hyper-tension» pouvait engendrer cette association trop étroite entre tension nerveuse et artérielle, qui sont pourtant bien distinctes (35, 36). À cet effet, les participantes de l'étude sont proactives avec cette perception de vulnérabilité et tentent par divers moyens de réduire ce stress. D'ailleurs, il est surprenant que l'hérédité ne soit pas un thème soulevé par les participantes, car il s'agit d'une thématique omniprésente chez les hommes atteints d'HTA (20).

La perception de la sévérité des conséquences de la maladie est grandement biaisée par l'aspect asymptomatique de la maladie. Bien qu'il soit paradoxal d'associer des symptômes à l'HTA, considérant qu'il s'agit d'une maladie silencieuse, ce phénomène est documenté depuis plusieurs années (37) et seules quelques participantes de l'étude ont mentionné quelques symptômes présents surtout lors du diagnostic. Il apparaît que l'adhésion au traitement thérapeutique vient diminuer la perception de la sévérité des conséquences de l'HTA. Bien que non évaluées de manière formelle dans le cadre de cette étude, les connaissances sur la maladie pourraient expliquer cette perception. Au Canada, un sondage a établi à 91% le nombre de femmes se disant modérément informées à bien informer sur les maladies cardiovasculaires (38).

La perception des menaces engendrées par l'apparition de l'HTA est principalement influencée par la perception de sa vulnérabilité à la maladie et la perception de la sévérité des conséquences. À la lumière de cette étude, il apparaît que les femmes se sentent plus ou moins menacées par l'HTA, car elles mettent en place des actions globales pour leur santé. Que ce soit par l'adoption des saines habitudes de vie ou l'adhésion pharmacologique, les participantes prennent leur santé en main. Ces

résultats font écho aux statistiques qui font état que 4 Canadiennes sur 5 se sentent complètement ou largement responsable de leur santé (38). En fait, les médias pourraient contribuer à cette perception de responsabilité à l'égard des valeurs de pression artérielle (39). Selon l'analyse de trois journaux québécois, le discours de la promotion de la santé axée sur l'éducation et le contrôle de soi est priorisé au détriment d'une présentation plus tempérée englobant l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

La croyance en l'efficacité de l'action préventive est influencée par la perception des bénéfices versus la perception des inconvénients (31). En premier lieu, les femmes perçoivent fortement l'efficacité de l'action préventive, car elles le font dans une perspective plus large, qui est leur santé globale et le bien-être. Il est intéressant de comparer ces résultats au sondage canadien sur la santé cardiovasculaire qui rapporte que les femmes qui mettent en place des mesures pour améliorer leur santé le font pour trois principales raisons : se sentir mieux (92%), vivre plus longtemps (82%) et éviter de prendre la médication (74%). Dans les résultats actuels, la présence du support du conjoint et du médecin agissent comme éléments facilitateurs dans la gestion de l'HTA.

En second lieu, les principaux résultats de cette étude ne font pas état d'inconvénients quant à l'action préventive. Aucune participante n'a apporté d'effets secondaires de la médication ou de problématique particulière dans la gestion de la maladie. Évidemment, l'adoption des saines habitudes de vie ne s'est pas effectuée sans effort de la part des participantes, mais n'est pas perçue comme un inconvénient à proprement parler. Donc, globalement, la perception des bénéfices est plus forte que celles des barrières, car les participants de l'étude croient en l'efficacité de l'action préventive de l'HTA.

Forces et limites de l'étude

Alors que la santé des femmes est un sujet largement exploré, l'exploration de leurs perceptions et leurs croyances à propos de l'HTA demeure pertinente et originale, considérant le peu d'information disponible sur le sujet. La première limite de l'étude est reliée à la publicité utilisée pour le recrutement. L'annonce publiée dans le journal régional a pu attirer une clientèle particulière, issue de milieux mieux nantis et scolarisés. La participation volontaire peut avoir également contribué aux limites de l'étude. Certaines femmes ont pu avoir une expérience plus facile ou difficile avec l'HTA. D'ailleurs, seules des femmes caucasiennes ont participé à l'étude, ce qui n'est pas représentatif de la population générale au Canada. De plus, la chercheuse n'a accès qu'aux perceptions des événements vécus par les femmes et le fait d'interroger leurs habitudes de vie peut induire un besoin de les normaliser afin de conserver leur intégrité. Par ailleurs, l'utilisation d'une méthode d'entretien rétrospectif devient tributaire de la mémoire des individus. Finalement, en tant qu'infirmières, le filtre clinique de l'équipe de chercheurs peut s'avérer une limite en regard de la collecte et l'analyse des résultats.

En conclusion, une meilleure compréhension des perceptions et croyances des femmes permet, en termes de retombées, de mieux saisir la perspective féminine de l'HTA et par le fait même, d'intervenir de manière plus efficace dans la gestion du traitement de cette maladie. Il importe pour les infirmières de s'approprier pleinement leur rôle d'éducation à la santé, et ce dans une vision salutogène, où la santé est perçue comme un processus d'apprentissage s'échelonnant sur une vie entière. À la lumière des résultats de cette recherche, des interventions et une approche spécifiques aux besoins des femmes peuvent aider cette clientèle dans la gestion de leur maladie. Par exemple, il est recommandé aux infirmières d'explorer les croyances et les perceptions des femmes atteintes

d'HTA. Il s'agit à la fois de favoriser le soutien émotionnel, mais également de clarifier certaines méconnaissances en lien avec l'information véhiculée par les médias. À l'égard des saines habitudes de vie, il importe de la part des infirmières de déconstruire la condamnation morale de certains comportements de santé et de plutôt accompagner celles-ci dans leurs démarches de santé. En ce qui concerne la recherche, d'autres études quantitatives et avec des groupes d'âge spécifique viendront contribuer à une meilleure compréhension des besoins des femmes en matière d'HTA. Puis, dans le domaine de l'enseignement des sciences infirmières, les formations sur la notion de genre en santé s'avèrent nécessaires pour poursuivre la sensibilisation auprès des étudiants et présenter des stratégies pour répondre de manière personnalisée aux besoins de la clientèle.

Références

1. Padwal RS, Bienek A, McAlister FA, Campbell NR, Outcomes Research Task Force of the Canadian Hypertension Education Program. Epidemiology of hypertension in Canada: an update. *Canadian Journal of Cardiology*. 2016;32(5):687-94.
2. Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, Dasgupta K, Butalia S, McBrien K, et al. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Canadian Journal of Cardiology*. in press.
3. Wilkins K, Gee M, Campbell N. Différences entre les sexes relatives au contrôle de l'hypertension chez les personnes âgées. *Rapports sur la santé*. 2012;23(4):1-11.
4. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-60.
5. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005;365(9455):217-23.
6. Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*. 2008;371(9623):1513-8.
7. Ruilope L, Izzo JLJ. Renal risk. *Hypertension Primer: the essentials of high blood pressure: basic science, population science, and clinical management*. 4 ed. Dallas, Texas: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
8. Wilkins K, Campbell N, Joffres MR, McAlister FA, Nichol M, Quach S, et al. Tension artérielle des adultes au Canada. *Rapports sur la santé*. 2010;21(1).
9. Pilote L, Humphries KH. Incorporating sex and gender in cardiovascular research: the time has come. *Canadian Journal of Cardiology*. 2014;30(7):699-702.
10. Raphael D. Social determinants of health : Canadian perspectives. 3 ed. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2016.
11. Messerli FH, Garavaglia GE, Schmieder RE, Sundgaard-Riise K, Nunez BD, Amodeo C. Disparate cardiovascular findings in men and women with essential hypertension. *Annals of Internal Medicine*. 1987;107(2):158-61.
12. Maranon R, Reckelhoff JF. Sex and gender differences in control of blood pressure. *Clinical Science* 2013;125(7):311-8.
13. Chakrabarti S, Morton JS, Davidge ST. Mechanisms of estrogen effects on the endothelium: an overview. *Canadian Journal of Cardiology*. 2014;30(7):705-12.
14. Arain FA, Kuniyoshi FH, Abdalrhim AD, Miller VM. Sex/gender medicine. The biological basis for personalized care in cardiovascular medicine. *Circulation Journal*. 2009;73(10):1774-82.
15. Doumas M, Papademetriou V, Faselis C, Kokkinos P. Gender differences in hypertension: myths and reality. *Current hypertension reports*. 2013;15(4):321-30.
16. Muiesan ML, Salvetti M, Rosei CA, Paini A. Gender Differences in Antihypertensive Treatment: Myths or Legends? *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*. 2016;23(2):105-13.
17. Daugherty SL, Masoudi FA, Zeng C, Ho M, Margolis KL, O'Connor PJ, et al. Sex differences in cardiovascular outcomes in patients with incident hypertension. *Journal of Hypertension*. 2013;31(2):271-7.

18. Hautman MA, Bomar P. Gender differences in knowing about hypertension: The Black experience. *Health Care for Women International*. 1992;13(1):57-65.
19. Littrell K. The illness experience of the older African-American woman with hypertension. Florida: University of Miami; 1996.
20. Leclerc A, de Montigny F, Cloutier L. The experience of men with hypertension. *Canadian journal of cardiovascular nursing*. 2014;25(2):29-35.
21. Fongwa MN, Evangelista LS, Hays RD, Martins DS, Elashoff D, Cowan MJ, et al. Adherence treatment factors in hypertensive African American women. *Vascular Health and Risk Management*. 2008;4(1):157-66.
22. Ford CD, Kim MJ, Dancy BL. Perceptions of hypertension and contributing personal and environmental factors among rural Southern African American women. *Ethnicity & disease*. 2009;19(4):407.
23. Leblanc V, Bégin C, Corneau L, Dodin S, Lemieux S. Gender differences in dietary intakes: what is the contribution of motivational variables? *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2015;28(1):37-46.
24. Taylor SD, Bagozzi RP, Gaither CA. Gender differences in the self-regulation of hypertension. *Journal of behavioral medicine*. 2001;24(5):469-87.
25. McLean D, Kingsbury K, Costello J-A, Cloutier L, Matheson S. 2007 Hypertension Education Program (CHEP) recommendations: management of hypertension by nurses. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* 2007;17(2):10-6.
26. Giorgi A. De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. *La recherche qualitative : diversité des champs et des pratiques au Québec*. Boucherville Gaétan Morin; 1997. p. 341-64.
27. Boutin G. L'entretien de recherche qualitatif. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec 2011.
28. Savoie-Zajc L. L'entrevue semi-dirigée. In: Gauthier, B. et Bourgeois I. (dir.) *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. 6 ed. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec; 2016. p. 337-632.
29. de Montigny F, Ndengeyingoma, A., Gervais, C.& Nascimento, L.C. Le génogramme en contexte interculturel : un premier pas dans l'intervention. *Revue Santé mentale*. 2010.
30. Leclerc A-M. L'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières, 2013.
31. Becker MH. *The health belief model and personal health behavior*. NJ : Thorofare Slack; 1974.
32. Lindström B, Ericksson M. *La salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé*. Québec: Presses de l'Université Laval; 2012.
33. Cloutier L, Daskalopoulou SS, Padwal RS, Lamarre-Cliche M, Bolli P, McLean D, et al. A new algorithm for the diagnosis of hypertension in Canada. *Canadian Journal of Cardiology*. 2015;31(5):620-630.
34. Marshall IJ, Wolfe CD, McKeivitt C. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *BMJ*. 2012;345:e3953.
35. Jammal A. L'hypertension artérielle et les singularités de son vocabulaire. *Meta: Journal des traducteurs*. 1983;28(4):376-91.
36. Blumhagen D. Hyper-tension: a folk illness with a medical name. *Culture, medicine and psychiatry*. 1980;4(3):197-227.

37. Schlomann P, Schmitke J. Lay beliefs about hypertension: An interpretive synthesis of the qualitative research. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2007;19(7):358-67.
38. McDonnell LA, Pipe AL, Westcott C, Perron S, Younger-Lewis D, Elias N, et al. Perceived vs actual knowledge and risk of heart disease in women: findings from a Canadian survey on heart health awareness, attitudes, and lifestyle. *Canadian Journal of Cardiology*. 2014;30(7):827-34.
39. Collin J, Hugues D. Hypertension artérielle et habitudes de vie dans les journaux québécois: désocialisation, responsabilisation individuelle et réprobation morale. *Aporia*. 2010;2(4):36-46.
40. Robichaud-Ekstrand S, Vandal S, Viens C, Bradet R. Les modèles de comportements de santé. *Recherche en soins infirmiers*. 2001;64:59-77.